

In allegato alla dichiarazione di  
Codice fiscale



## Domanda di assistenza sanitaria per lo svolgimento di evento o manifestazione

### Il sottoscritto

|                      |                      |                      |                      |                             |                      |                               |                      |                          |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-----------------------------|----------------------|-------------------------------|----------------------|--------------------------|----------------------|
| Cognome              |                      | Nome                 |                      | Codice Fiscale              |                      |                               |                      |                          |                      |
| <input type="text"/> |                      | <input type="text"/> |                      | <input type="text"/>        |                      |                               |                      |                          |                      |
| Data di nascita      |                      | Sesso                | Luogo di nascita     |                             | Cittadinanza         |                               |                      |                          |                      |
| <input type="text"/> |                      | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                             | <input type="text"/> |                               |                      |                          |                      |
| Residenza            |                      |                      |                      |                             |                      |                               |                      |                          |                      |
| Provincia            | Comune               | Indirizzo            |                      | Civico                      | Barrato              | Scala                         | Piano                | SNC                      | CAP                  |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                      | <input type="text"/>        | <input type="text"/> | <input type="text"/>          | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Telefono cellulare   |                      | Telefono fisso       |                      | Posta elettronica ordinaria |                      | Posta elettronica certificata |                      |                          |                      |
| <input type="text"/> |                      | <input type="text"/> |                      | <input type="text"/>        |                      | <input type="text"/>          |                      |                          |                      |

### in qualità di organizzatore dell'evento o manifestazione

|   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                          |                      |
|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|--------------------------|----------------------|
| Denominazione evento o manifestazione                               |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                          |                      |
| <input type="text"/>  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                          |                      |
| Che si svolgerà nelle seguenti date e orari                         |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                          |                      |
| Data inizio   | Data fine            | Dalle ore            | Alle ore             |                      |                      |                      |                      |                          |                      |
| <input type="text"/>  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                      |                      |                      |                      |                          |                      |
| Nel seguente luogo  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                          |                      |
| <input type="radio"/> all'aperto<br><input type="radio"/> al chiuso |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                          |                      |
| Al seguente indirizzo   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                          |                      |
| Provincia   | Comune               | Indirizzo            |                      | Civico               | Barrato              | Scala                | Piano                | SNC                      | CAP                  |
| <input type="text"/>  | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                      | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |

### CHIEDE

coerentemente alle valutazioni contenute nel piano di soccorso sanitario il servizio di assistenza sanitaria costituito dalle seguenti risorse

| Risorsa  | Numero richiesto     |
|--|----------------------|
| <input type="checkbox"/> unità medicalizzate (posto medico avanzato) | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> mezzi di soccorso di base                   | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> mezzi di soccorso avanzato                  | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> team di soccorritori a piedi                | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> altro (specificare) <input type="text"/>    | <input type="text"/> |

|                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Luogo                | Data                 | il dichiarante       |